N° 49

UN CAS

D'ANÉVRYSME CIRSOÏDE

DU MÉDIUS

Quelques considérations d'anatomie pathologique, de pathogénie et de thérapeutique chirurgicale

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

le 24 juillet 1886

PAR

J. TARROU

Né à Nîmes (Gard)

Ex-Interne des Hôpitaux d'Avignon

Ancien répétiteur du cours d'accouchement à la Maternité de Vaucluse

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER

IMPRIMERIE CRISTIN, SERRE ET RICOME, RUE VIEILLE-INTENDANCE, 5

SERRE ET RICOME, SUCCESSEURS

1886

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. CASTAN Doyen.

GRASSET, Assesseur.

Professeurs.

	MESSIEURS :
Clinique médicale.	DUPRÉ (✲ C ✠).
Anatomie.	BENOIT (O. ✲ ✠).
Clinique médicale.	COMBAL (✲ ✠).
Clinique des maladies mentales et nerveuses.	CAVALIER (✲).
Physique médicale.	MOITESSIER (✲
Anatomie patholog. et histologie.	ESTOR
Médecine légale et toxicologie.	JAUMES.
Clinique chirurgicale.	DUBRUEIL (✲).
Chimie médicale et Pharmacie.	ENGEL.
Hygiène.	BERTIN-SANS.
Pathologie interne.	CASTAN.
Thérapeutique et Matière médic.	GRASSET.
Botanique et Histoire Natur. méd.	PLANCHON (✲ ✠).
Physiologie.	LANNEGRACE.
Clinique obstétricale et gynécologie	DUMAS (Léon).
Clinique chirurgicale.	TÉDENAT.
Opérations et appareils.	GRYNFELTT.
Pathologie externe (ch. de cours).	CHALOT.

Doyen honoraire: M. BENOIT (O. ✲ ✠).

Prof. honor. M. MARTINS (O. ✲).

Chargés de Cours de Cliniques annexes :

Clinique des maladies des enfants.	MM	BATLLE, agrégé.
Clinique des mal. syphilit. et cutan.		GAYRAUD, agrégé.
Clinique des maladies des vieillards.		HAMELIN (✲), agrégé.

Agrégés en Exercice

MESSIEURS :	MESSIEURS :	MESSIEURS
GARIMOND	CARRIEU.	REGIMBEAU (✲).
JACQUEMET.	MAIRET.	BLAISE.
GAYRAUD.	CHALOT.	BAUMEL.
DE GIRARD.	BIMAR.	VILLE.
SERRE.	MOSSÉ (✲).	GRANEL.

M. F.-J. BLAISE, Secrétaire.

Examinateurs de la Thèse :

MM. DUBRUEIL, *président;*
DUMAS, professeur;
JACQUEMET, agrégé.
REGIMBEAU, agrégé.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MA SŒUR. — A MON FRÈRE

J. TARROU.

A mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur DUBRUEIL

A Monsieur le Professeur-Agrégé CARRIEU

A mon Maître

Monsieur le Docteur PAMARD

Chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Avignon
Officier de la Légion d'Honneur

A MES MAITRES
dans les Hôpitaux d'Avignon

J. TARROU.

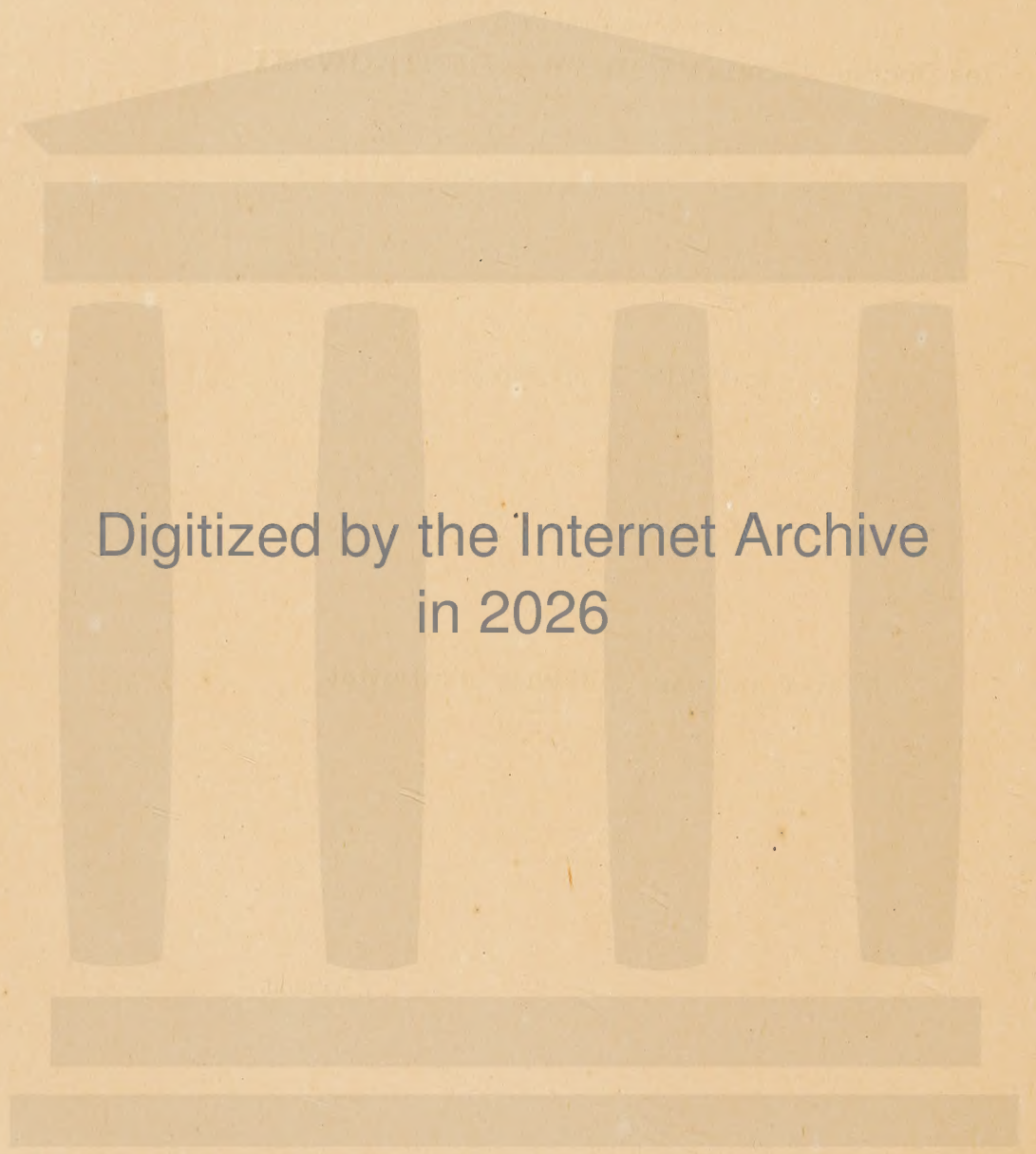
A mes excellents Amis

les Docteurs Louis **PERRIER** et **BENTKOWSKI**

A TOUS MES AMIS

A mes anciens Collègues d'internat

J. TARROU.


Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553210_0056

INTRODUCTION.

Pendant notre internat à l'hôpital d'Avignon, nous avons observé dans le service de M. le Dr Pamard, un cas d'anévrysme cirsoïde du médius, dont l'histoire nous a paru intéressante à certains points de vue que nous avons résolu d'étudier dans notre thèse.

Ce n'est pas que les travaux manquent sur les anévrysmes cirsoïdes de la main. Pour ne citer que les études les plus importantes et les plus récentes, Jamain et Terrier dans leur Traité de pathologie externe, Terrier dans sa thèse d'agrégation, Polaillon dans le Dictionnaire Encyclopédique des Sciences Médicales (articles *Main* et *Doigt*), ont résumé les connaissances acquises et apporté nombre de faits et d'aperçus nouveaux. Enfin, plusieurs discussions ont eu lieu sur ce sujet à la Société de Chirurgie en 1877 et en 1884, à propos des communications de MM. Tillaux, Desprès, Berger et Polaillon.

Cependant l'anatomie et la physiologie pathologiques des tumeurs cirsoïdiennes sont encore obscures; et, sur le meilleur traitement à employer, les chirurgiens ne sont pas tous d'accord. Notre seul but est d'apporter quelques matériaux qui pourront peut-être contribuer à éclaircir ces points particuliers d'une maladie en somme peu commune.

Le plan de notre travail sera des plus simples. Après avoir rapporté l'observation que nous avons recueillie, nous l'analyserons dans ses principaux détails, et nous essayerons d'en tirer quelques conclusions d'anatomie, de pathogénie et de thérapeutique.

M. le Dr Carrieu, professeur-agrégé, a eu l'obligeance d'examiner nos deux tumeurs au microscope, et nous a fourni, avec sa bonté et sa compétence habituelles, des renseignements qui nous ont été de la plus grande utilité : nous le prions de vouloir bien accepter nos vifs remerciements.

Nous sommes heureux d'adresser aussi un public témoignage de reconnaissance à M. le Dr Pamard ; nous conserverons précieusement le souvenir de la chirurgie que nous avons vu pratiquer par notre savant Maître, et celui de la bienveillante sollicitude dont il ne s'est jamais départi à notre égard.

UN CAS

D'ANÉVRYSME CIRSOÏDE

DU MÉDIUS

Quelques considérations d'anatomie pathologique, de pathogénie et de thérapeutique chirurgicale

CHAPITRE Ier.

Observation d'anévrysme cirsoïde du médius gauche.

(Recueillie dans le service de M. le Dr Pamard, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Avignon).

La nommée T... Rose, âgée de 19 ans, entre à l'hôpital d'Avignon, le 16 janvier 1886, pour une tumeur occupant la racine du médius de la main gauche. Cette jeune fille, grande, robuste, a été réglée à l'âge de 15 ans; quelque temps après l'instauration menstruelle et sous l'influence d'une croissance rapide, elle a eu des palpitations et de l'oppression au moindre effort, avec perte de l'appétit et dimi-

nution des forces; les ferrugineux, une bonne alimentation et le grand air eurent raison de ces troubles anémiques. A part cet incident, elle a toujours eu une bonne santé.

On ne trouve rien à noter dans ses antécédents héréditaires. Mais son frère, plus jeune qu'elle de 2 ans, avait au moment de sa naissance, sur le poignet droit, une tuméfaction rougeâtre, formant bracelet, qu'un médecin traita, paraît-il, par une pommade caustique; la tuméfaction disparut. Il persiste, même aujourd'hui, une atrophie de l'avant-bras, et le poignet est parsemé de cicatrices. Ces renseignements, fournis par la malade, n'ont pu être contrôlés, et sont, par suite, incomplets et peu précis.

La malade raconte qu'à l'âge de 13 ans, elle fit une chute, et qu'un paysan, lui affirmant qu'elle s'était démis le poignet gauche, lui remit ses os en place en tirant fortement d'une part sur l'avant-bras, d'autre part sur les doigts. Un an environ après ce traumatisme, autant thérapeutique qu'accidentel, elle s'aperçoit, par hasard, que le médius gauche a une longueur exagérée, et, qu'à la base de ce doigt, existe une petite tumeur, d'ailleurs indolore. Un médecin applique un bandage compressif au diachylon et conseille le repos. Une année se passe: la tumeur augmente peu à peu de volume : une forte tension et une gêne assez grande s'y manifestent lorsque la main reste pendante.

Un nouveau médecin consulté, conseille l'amputation du doigt, qui est refusée. On continue la compression; mais la tumeur ne cesse de s'accroître, quoique lentement : la gêne dans les mouvements de la main devient de plus en plus grande, et empêche la malade de se livrer à des occupations nécessitant un certain effort. Une fatigue modérée produit rapidement de l'essoufflement et des palpitations. Rose T... se décide alors à venir demander un traitement à l'hôpital.

A l'examen direct, on constata les phénomènes suivants :

Sur le médius gauche existe une tumeur allongée verticalement, présentant quelques bosselures, sans changement de couleur à la peau; elle occupe la face dorsale et une partie de la face externe de la première phalange; son extrémité supérieure arrive au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne; son extrémité inférieure s'arrête à 8 millimètres au-dessus de l'articulation des première et deuxième phalanges. Son grand diamètre vertical est de 0,045 millimètres, le diamètre transversal de 0,020 millimètres.

A la palpation, cette tumeur donne une sensation de mollesse ; elle contient un liquide qui peut être refoulé par la pression; alors la masse morbide diminue de volume. En appuyant légèrement la pulpe de un ou deux doigts sur la région malade, on perçoit un frémissement vibratoire continu, un véritable thrill : ce frémissement est renforcé à chaque pulsation de la radiale.

La compression, au poignet, de la radiale et de la cubitale ou de l'une seule de ces deux artères, fait disparaître ce frémissement et affaisser légèrement la tumeur. La compression de l'humérale produit le même résultat. Si l'on vient à serrer en masse et fortement le poignet, la tumeur devient turgescente, dure et violacée; la position déclive, maintenue pendant un certain temps, donne à la tumeur les mêmes caractères, mais à un degré moindre.

A l'auscultation, on entend un bruit de souffle continu, assez fort, mais présentant, comme le thrill perçu au palper, un redoublement isochrone au pouls.

Les artères collatérales de ce doigt sont animées de pulsations presque aussi fortes que celles de la radiale : l'arcade palmaire est notablement dilatée, car ses battements sont nettement perçus par les doigts de l'observateur placés à son niveau. Les artères de l'avant-bras sont un peu plus volumineuses que les artères similaires du côté

opposé. L'humérale paraît avoir le volume ordinaire. Deux grosses veines abordent la tumeur par son extrémité supérieure, et se continuent, en haut, avec le réseau veineux de la face dorsale de la main qui est généralement dilaté. Les veines superficielles de l'avant-bras ont un calibre normal.

La température a été prise comparativement au niveau de la tumeur et dans la même région de la main droite ; le thermomètre a indiqué une notable augmentation de chaleur du côté malade : 36°7 pour le médius gauche, 32°6 pour le médius droit.

Le tracé sphygmographique, pris sur la tumeur elle-même, ne diffère pas sensiblement du tracé du pouls radial; peut-être cependant la ligne d'ascension est-elle un peu tremblée. D'ailleurs, le tracé du pouls radial est normal.

Enfin, le médius qui porte la tumeur a une longueur insolite ; il mesure 0,12 centimètres, alors que le médius droit en mesure 0,11 seulement. De plus, cet allongement tient uniquement à la première phalange : la phalange du médius gauche (côté malade) a 0,065 millimètres, celle du médius droit (côté sain) a 0,055 millimètres. Mais le doigt malade est plus grêle que le doigt sain : la circonférence du premier, mesurée au niveau de l'extrémité inférieure de la première phalange, est de 0,55 millimètres : la circonférence du second est au même point de 0,070 millimètres.

Il n'y a pas de troubles généraux bien marqués ; les poumons sont sains ; au cœur, on entend un souffle très doux à la base et au premier temps.

Résumant les divers symptômes que nous venons d'énumérer, nous voyons que cette tumeur siégeant à la racine du médius, sans changement de couleur à la peau, de consistance molle, diminue de volume par la compression directe, devient turgescente dans la position déclive et par la gêne de la circulation en retour : elle est animée de pulsations et

d'un frémissement vibratoire qui se suspendent pendant la compression des artères de l'avant-bras. On y entend un bruit de souffle; le doigt est anomalement allongé par hypertrophie de la phalange qui porte la tumeur; la température locale dépasse de 4°,1 celle de la même région du côté sain.

En présence de ces caractères si nets et si tranchés on porte le diagnostic d'anévrysme cirsoïde du médius, qui s'est développé, non pas, comme cela a lieu souvent, au niveau d'un nœvus vasculaire dont on ne trouve aucune trace, mais probablement à la suite du traumatisme subi par cette jeune fille six ans auparavant.

D'ailleurs, cet angiôme rameux est encore assez bien limité, relativement peu volumineux; mais les vaisseaux voisins artériels et veineux ont déjà de la tendance à se dilater; la présence de la tumeur amène de l'impotence fonctionnelle du membre affecté; enfin, on sait combien est grave le pronostic de ces anévrysmes cirsoïdes abandonnés à eux-mêmes.

L'indication d'une intervention chirurgicale est donc nettement posée. On choisit alors, parmi les procédés opératoires, celui de l'ablation au bistouri qui est une bonne méthode dans les cas où l'anévrysme cirsoïde est petit, non adhérent et bien limité.

L'opération, acceptée par la malade, est pratiquée par M. le Dr Pamard, le 25 janvier 1886.

Opération. — Les précautions les plus minutieuses de propreté et d'antisepsie sont prises tant du côté de la malade que du côté du chirurgien, des aides et des instruments: la malade est soumise à l'anesthésie chloroformique. Le champ opératoire ayant été lavé une dernière fois à l'eau phéniquée forte, la bande d'Esmarch est appliquée depuis l'extrémité

des doigts jusqu'à la moitié du bras, où l'on place le tube en caoutchouc. Le chirurgien trace sur la tumeur, qui est très affaissée, une incision longitudinale sur laquelle tombent deux autres incisions transversales, de façon à former un petit lambeau rectangulaire sur le dos du médius. Ce lambeau soulevé, on ne distingue presque pas la tumeur des tissus environnants, toute la région étant exsangue. On renonce à la bande d'Esmarch ; celle-ci à peine enlevée, on voit la tumeur devenir instantanément turgescente, et se dessiner un abondant paquet de vaisseaux entrelacés et tortueux.

Un aide fait alors la compression digitale de l'artère humérale. Le but qu'on se propose est d'isoler la tumeur par une dissection lente et de l'enlever après ligature des vaisseaux afférents et efférents. Mais cette manœuvre est bientôt rendue très difficile. Malgré la compression bien faite de l'hnmérale, une hémorrhagie en nappe se produit et devient de plus en plus abondante à chaque coup de bistouri, à la moindre traction exercée par les pinces à dissection sur les lèvres de la plaie ou sur la tumeur; les vaisseaux très friables et adhérents se déchirent et donnent du sang de tous les côtés.

On parvient cependant à isoler et à disséquer la tumeur au voisinage de l'articulation métacarpo-phalangienne : en ce point trois ou quatre doubles ligatures sont posées sur des vaisseaux volumineux que l'on coupe entre les deux fils. Les fils inférieurs, attenant à la tumeur, servent à soulever celle-ci dont la partie profonde, peu adhérente, est détachée de l'enveloppe fibreuse du doigt; les parties périphériques, très adhérentes, sont très difficiles à enlever. La collatérale externe du médius apparaît, très volumineuse; comme elle semble ne pas donner de branches à ce niveau, on décide de ne pas la lier. Les vaisseaux que l'on peut saisir sont liés ;

on achève l'hémostase en exerçant pendant quelque temps une forte compression avec de la gaze humectée d'eau phéniquée forte. On fait une suture en surjet à la soie phéniquée, et un pansement de Lister compressif, malgré un suintement sanguin qui persiste.

En somme, l'adhérence aux parties voisines du tissu morbide, la friabilité de ses vaisseaux ont causé, dès le début de l'opération, une hémorrhagie des plus abondantes, qui a aveuglé le champ opératoire et rendu l'extirpation très laborieuse, à tel point qu'on peut se demander si de petites portions excentriques de la tumeur n'ont pas échappé à l'ablation.

Suites de l'opération. — On prescrit pour la journée: lait, bouillon, eau vineuse, potion tonique, et pour le soir sirop de morphine 20 gr. Toute la soirée et le lendemain la malade éprouve dans la main une douleur modérée.

26 janvier. Température matin 37°5, soir 37°8.

27. On renouvelle le pansement dont les pièces sont souillées d'une quantité de sang notable; pas de gonflement, plus d'hémorrhagie. T. M. 38°. S. 38°2. Alimentation légère.

28. T. M. 37°6. S. 38°6.

29. Pas de selle depuis le jour de l'opération: lavement purgatif. T. M. 37°3. S. 38°2. La malade ressent de la douleur à la main; on constate une traînée de lymphangite qui remonte jusqu'au tiers supérieur du bras: les ganglions axillaires ne sont pas engorgés. Onctions avec l'onguent mercuriel belladoné.

30. T. M. 37°4. Pansement : La partie supérieure de la plaie suppure: lavage phéniqué à 5 p. 100. T. S. 38°4; la lymphangite a disparu.

1er février. La suppuration a augmenté: une collection purulente s'est formée à la face palmaire de la racine du médius, mais se vide facilement par la plaie.

3. Pas de fièvre. Le petit lambeau s'est entièrement sphacélé; après un lavage à l'eau phéniquée forte, on refait, chaque fois, sous le spray, le pansement de Lister. Vin de quinquina.

6. La plaie suppure abondamment dans toute son étendue; elle se recouvre de bourgeons d'aspect fongoïde, qui donnent une hémorrhagie en nappe assez intense pour nécessiter la compression des artères de l'avant-bras ; on met sur la plaie de la poudre de sous-nitrate de bismuth porphyrisée, que l'on maintient par une petite bande de gaze phéniquée humide : par-dessus pansement phéniqué. Normale le matin, la température monte le soir à 38°3.

8. On renouvelle le même pansement, car les mêmes phénomènes se reproduisent : persistance de la suppuration, hémorrhagie en nappe de plus en plus abondante. T. S. 38°4.

10. La peau est décollée depuis la partie supérieure de la plaie jusqu'au milieu du dos de la main. La malade s'affaiblit progressivement: la température monte. S. 38°8.

Ligature de la radiale et de la cubitale. — 12 février. L'hémorrhagie se produit très intense dès que le pansement est enlevé; un foyer purulent occupe la région moyenne du dos de la main et ne se vide que par un orifice étroit vers la racine du médius. Le point occupé primitivement par l'anévrysme cirsoïde l'est maintenant par une masse spongieuse, saignant abondamment, animée de battements isochrones à la systole cardiaque; elle s'affaisse dès que l'on comprime l'humérale : le sang y afflue dès que la compression est supprimée. Cette nouvelle tumeur a un volume environ trois fois plus considérable que l'ancienne.

Après avoir chloroformé la malade et fait une toilette soigneuse et antiseptique de la région :

1° Le chirurgien incise largement la collection purulente du dos de la main, et un second foyer plus petit qui existait à la face palmaire : lavage à l'eau phéniquée forte.

2° La main étant isolée du poignet par des compresses phéniquées, on procède à la ligature de la radiale et de la cubitale au tiers inférieur de l'avant-bras suivant le manuel opératoire classique. Les deux artères sont liées au catgut, les deux plaies sont suturées et on entoure le poignet d'un pansement de Lister indépendant de celui de la main. Dès que les ligatures sont faites, la tumeur s'affaisse et ne donne plus de sang. L'humérale avait été comprimée pendant l'opération, pratiquée elle-même sous le spray. T. S. 39°. La malade a quelques vomissements dûs au chloroforme, mais souffre modérément. Potion tonique. Potion calmante avec :

Sirop de morphine.....	20 gr.
Eau de laurier-cerise.....	10 —

Du 13 au 16 février, la température se maintient autour de 38°6. Alimentation substantielle et vin vieux.

17. On renouvelle le pansement de la main seule, sans toucher à celui des ligatures. La suppuration a bien diminué: la nouvelle tumeur ne saigne plus, est sensiblement affaissée: poudre d'iodoforme. La malade, qui avait été profondément anémiée par ces hémorrhagies consécutives, reprend de l'appétit et des forces.

Jusqu'au 20 février, aucun incident à noter : apyrexie complète, amélioration rapide de l'état général.

Le 21, appelé en toute hâte auprès de la malade, nous la trouvons en syncope : une hémorrhagie très intense s'est brusquement produite pendant le sommeil. La syncope cède; le pansement enlevé, un jet de sang jaillit par la plaie de ligature de la radiale dont la réunion immédiate a manqué. La compression du vaisseau en amont arrête l'hémorrhagie : le bout supérieur est donc recherché et difficilement saisi à l'angle supérieur de la plaie où il s'était rétracté ; comme il est trop court pour recevoir un fil, il est tordu jusqu'à rupture (Tillaux) ; l'hémostase est obtenue complètement. D'ailleurs, pas plus qu'à la radiale, la plaie de la cubitale n'est réunie : des deux côtés, il y a des bourgeons charnus de bon aspect. Pansement phéniqué compressif au poignet et toujours distinct du pansement de la main.

A la visite du matin on trouve la malade très pâle et très affaiblie. Jus de viande, vin vieux, potion tonique. Eau vineuse pour tisane *ad libitum*, car la soif est vive.

Les jours suivants, Rose T... reste déprimée, refuse tout aliment solide, accepte difficilement le jus de viande.

24. Pansement; la tumeur a de nouveau augmenté de volume, les vaisseaux en sont turgescents. Une arthrite, probablement purulente, a envahi l'articulation des première et deuxième phalanges où l'on perçoit des craquements. La main tout entière est devenue œdémateuse. On trace sur la tumeur quelques raies au thermo-cautère.

27. L'état local continue à s'aggraver.

2 mars. La plaie de la cubitale est décollée sur les bords. Au médius, le tissu morbide s'est beaucoup développé; les bords de la plaie sont violacés, minces, décollés; la deuxième articulation du doigt est ouverte, suppure, et on arrive avec un stylet sur les surfaces articulaires dépourvues de cartilage. Pansement à l'alcool camphré.

Amputation du doigt.— 4 mars. La tumeur reproduite donne lieu à des hémorrhagies et augmente rapidement de volume; elle est entourée de fongosités qui s'étendent sous les bords de la plaie décollés, autant sur le doigt qu'au dos de la main. Au poignet, les plaies des ligatures ont également mauvais aspect, sont couvertes de bourgeons fongueux pâles et exubérants. L'état général est gravement compromis. La conservation du doigt est regardée comme impossible, et l'ablation du médius, réclamée d'ailleurs par la malade depuis plusieurs jours, est pratiquée séance tenante.

Après chloroformisation de la malade et antisepsie préalable du champ opératoire, on prolonge la plaie par une incision intéressant tous les tissus, jusqu'à la partie moyenne de la face dorsale du troisième métacarpien ; on détache les parties molles des deux espaces interosseux en rasant l'os,

et on ampute celui-ci avec les pinces coupantes à la réunion du tiers inférieur avec le tiers moyen. Les tissus sectionnés sont lardacés, saignent abondamment ; on lie l'artère de l'espace interosseux et quelques artérioles anomalement développées. La partie inférieure de la plaie, recouverte de bourgeons fongueux, est râclée avec la curette de Volkmann ; les bords violacés et amincis sont réséqués et régularisés.

Au poignet, les fongosités qui avaient envahi les plaies des ligatures sont enlevées à la curette. Du côté de la radiale, un fort jet de sang se produit, sous l'instrument, dirigé de haut en bas. Une incision prolonge la plaie vers le haut et permet de découvrir et de lier le vaisseau, qui n'est autre chose que le bout supérieur de la radiale. Mais sur le côté interne de celui-ci et parallèlement, on découvre un autre vaisseau nettement artériel, ayant le volume d'une radiale ordinaire. Pour diminuer autant que possible l'afflux sanguin à la plaie d'amputation, on pose sur ce vaisseau deux ligatures distantes de 2 centimètres environ, et on résèque la partie intermédiaire.

Quelle était cette artère ? Nous n'avons pas vu signalée, dans les auteurs classiques, l'existence possible de deux radiales. Nous croirions volontiers que la radio-palmaire était plus volumineuse, et se détachait ainsi de la radiale beaucoup plus haut qu'à l'ordinaire : ce serait là une anomalie par défaut de convergence.

La plaie d'amputation du médius n'est pas suturée ; les bords en sont seulement rapprochés par le pansement de Lister, que l'on applique sur la main et sur l'avant-bras.

5 mars. La malade a eu des vomissements une partie de la nuit. T. M. 37°2. T. S. 38°4.

6. Le pus est en quantité médiocre. La plaie d'amputation du métacarpien ne saigne pas, a bon aspect; les tissus sont dégorgés, souples, ont perdu leur teinte violacée. Les plaies de l'avant-bras se recouvrent de bourgeons charnus de bonne nature. Pansement phéniqué.

A partir de ce moment, la cicatrisation se fait lentement mais d'une façon régulière; l'état général s'améliore parallèlement, l'appétit revient. La température ne dépasse pas 37°5. Cependant, le 21 mars, une petite poussée fébrile se produit, due au développement d'un petit abcès dans la paume de la main qui, après incision, guérit en peu de jours.

La malade sort de l'hôpital le 25 avril.

La cicatrisation est, à la main, presque complète; au poignet, quelques bourgeons exubérants ont dû être réprimés au nitrate d'argent. Les forces, gravement affaiblies, ont presque recouvré leur vigueur première; cependant la menstruation, suspendue depuis le mois de janvier, n'est pas encore rétablie.

Le 25 mai, la cicatrisation est partout terminée; les mouvements de la main sont encore un peu difficiles. L'état général est excellent; les règles sont revenues le 20 mai.

Rose T... est revue le 29 juin. Les veines du dos de la main, qui étaient notablement dilatées avant l'opération, sont aujourd'hui moins développées que celles de la main droite. Au poignet, on perçoit les pulsations d'un vaisseau qui occupe le trajet de la radiale, mais sans en avoir le volume. Sur le trajet de la cubitale il n'y a pas de battement. Les pulsations de l'arcade palmaire ne sont plus senties. Au

cœur, les bruits sont nets, bien timbrés, sans souffle; les palpitations ont disparu. Rose T... a repris son travail et se sert de sa main gauche avec facilité, sans jamais y ressentir ni pesanteur, ni douleur, ni battements.

CHAPITRE II.

Anatomie Pathologique.

Examen macroscopique. — Immédiatement après l'amputation, la tumeur se vide du sang qu'elle contenait, pâlit et s'affaisse; le tissu morbide est alors assez résistant sous le doigt; il donne, lorsqu'on le coupe avec un bistouri, une sensation presque analogue à celle du tissu fibreux; il s'étend jusqu'à la phalange à laquelle il est très adhérent. La nouvelle production a donc augmenté non seulement en surface mais aussi en profondeur; partout elle est intimément unie aux tissus environnants.

Sur tout le doigt, le tissu sous-cutané, lardacé, présente les altérations du phlegmon chronique. La deuxième articulation est désorganisée, les ligaments sont détruits, et les extrémités articulaires des deux phalanges, dépourvues de leur cartilage d'encroûtement, sont nécrosées sur une hauteur d'un demi centimètre environ. L'articulation métacarpo-phalangienne est saine.

Examen microscopique. — Les recherches ont porté sur la tumeur primitive et sur la tumeur récidivée; les coupes ont été colorées à l'éosine hématoxylique.

1° Tumeur primitive. — Elle se compose de deux genres d'éléments distincts : des vaisseaux (artères, veines et capillaires) et du tissu adipeux.

Ce qui frappe tout d'abord dans la structure des artères, c'est l'hypertrophie de leurs parois portant sur la tunique externe et sur l'endothélium. La tunique adventice est composée d'éléments conjonctifs très nombreux : chaque artériole est entourée de travées conjonctives qui vont s'attacher sur la tunique externe. L'hypertrophie de cette première couche offre ceci de particulier, qu'elle n'a pas le même degré sur tout le parcours d'une même artériole ; elle est irrégulièrement répartie, et, lorsqu'elle est peu marquée ou qu'elle fait défaut, le vaisseau est, en ce point, dilaté en fuseau, jamais en sac.

Les fibres musculaires sont bien apparentes, normales comme nombre et comme structure ; on n'y observe pas de dégénérescence graisseuse.

L'endothélium est très apparent, contrairement à ce qui a lieu sur des artères saines. Chaque cellule endothéliale est volumineuse, à noyau bien visible. Cette hypertrophie de la tunique interne indique qu'elle est atteinte d'inflammation chronique, d'endartérite.

Les veines sont aussi sclérosées et dilatées.

Les capillaires, que l'on aperçoit facilement, sont en nombre étonnant sur les coupes. Les uns ont une lumière de 30 à 50 μ, les autres de 7 μ à peine ; mais les plus gros comme les plus fins sont formés d'une seule tunique d'une finesse extrême. Ils s'anastomosent souvent entre eux, et forment ainsi un réseau à mailles assez régulières ; dans ces mailles, sont contenues des cellules adipeuses de 60 à 80 μ de diamètre. La paroi des capillaires, faiblement soutenue par des fibrilles conjonctives très déliées, se confond pour

ainsi dire avec la paroi des cellules graisseuses dont nous venons de parler. Enfin, remarque importante, on voit par places, de fins capillaires se terminer en cul-de-sac: ce sont des points d'accroissement; ces capillaires sont en voie d'évolution. Nulle part, on ne rencontre de vaisseaux établissant des anastomoses directes entre le système artériel et le système veineux.

2° Tumeur récidivée. — On y trouve, comme dans la tumeur primitive, deux éléments distincts: des vaisseaux et du tissu fibreux. Tout d'abord, il y a très peu de capillaires, et pas du tout de capillaires embryonnaires. Les artères sont atteintes de sclérose et d'hypertrophie: la tunique externe est très épaisse; on ne distingue pas de fibres musculaires. L'endothélium est encore plus hypertrophié que dans les vaisseaux de la première tumeur: l'endartérite est donc bien plus intense.

Le calibre des artères est très irrégulier: tantôt la lumière paraît presque complètement effacée par l'hypertrophie des parois; tantôt elle est béante et largement dilatée.

Les veines se distinguent difficilement des artères; cependant, en certains points où l'on trouve deux vaisseaux voisins, le rapprochement même permet alors de les différencier; et quelquefois les deux parois sont tellement contiguës qu'on peut se demander s'il n'y a pas communication entre l'artère et la veine.

Enfin, tous ces vaisseaux sont plongés au milieu d'un tissu conjonctif fibreux très abondant, où l'on ne trouve ni cellules embryonnaires, ni vésicules adipeuses. De temps à autre on y rencontre des extravasations sanguines, dont on explique facilement la présence par les applications de pointes de feu qui avaient été faites sur la tumeur.

On voit quelles différences considérables existent dans la

structure des deux productions morbides. Le terme de récidive, dont nous nous sommes déja servi, et dont nous nous servirons encore, est donc inexact; nous savons maintenant quel sens il faudra attribuer à cette dénomination.

Si nous jetons un coup-d'œil synthétique sur les détails anatomiques qui précèdent, nous établirons comme suit la structure générale de la tumeur primitive: deux zones distinctes: une zone périphérique, que l'on distinguait nettement au moment de l'ablation, consistant en un amas de vaisseaux entrelacés et flexueux: une zone centrale, la tumeur proprement dite, composée d'artérioles à parois irrégulièrement hypertrophiées, présentant des ectasies fusiformes, donnant naissance à un réseau très abondant de capillaires dilatés qui circonscrivent dans leurs mailles des vésicules adipeuses et se rendent à des veines elles-mêmes sclérosées et élargies.

CHAPITRE III.

Physiologie Pathologique.

L'élément essentiel de l'anévrysme cirsoïde que nous étudions, se trouve, nous venons de le voir, dans le système artériel terminal et dans le réseau capillaire.

Ces deux ordres de vaisseaux ont été envahis par un processus irritatif qui a produit : 1° dans les artères, l'épaississement de la tunique externe par prolifération conjonctive et l'hypertrophie de l'endothélium, c'est-à-dire une véritable endartérite chronique ; 2° dans le réseau capillaire, la formation d'une grande quantité de vaisseaux nouveaux ; et cette néo-formation de capillaires a été, pour ainsi dire, prise sur le fait et démontrée par la constatation des points d'accroissement qu'a révélés le microscope.

Que va-t-il résulter de cette grande quantité de capillaires interposés entre le système artériel et le système veineux ? Une facile communication entre ces deux systèmes ; mais cette communication sera seulement médiate. Le liquide sanguin ira facilement des artères aux veines, non pas par des anastomoses directes, mais grâce à la multiplicité des capillaires ; et ces voies de communication si nombreuses, si étroitement reliées entre elles, réuniront certes une artère

à une veine aussi bien, sinon mieux que ne le ferait un canal direct. C'est dans ce sens qu'est juste la dénomination d'anévrysmes par anastomoses que J. Bell et les anglais donnent aux anévrysmes cirsoïdes ; c'est ainsi comprise que nous admettons la communication facile des artères et des veines, considérée par Polaillon comme la caractéristique des tumeurs cirsoïdiennes. (*Bulletin de la Société de chirurgie 1884*, t. x, p. 357.) On pourrait objecter que des anastomoses artério-veineuses pourraient bien exister sans qu'on les ait aperçues ; cela serait possible, mais ce n'est pas probable ; car les altérations vasculaires observées constituent à elles seules, nous semble-t-il, un groupement pathologique nettement déterminé.

D'ailleurs, la constitution anatomique de la tumeur, telle que nous l'avons rapportée, suffit à expliquer la plupart des points de physiologie pathologique. Elle nous rend compte des symptômes que présente la tumeur cirsoïdienne : les battements sont dus au grand nombre de vaisseaux artériels (angiôme rameux artériel de Virchow. Pathologie des tumeurs) ; le frémissement vibratoire et le souffle sont expliqués par les alternatives de dilatation et de resserrement des vaisseaux. Quant au réseau capillaire, son action nous paraît complexe et des plus importantes.

D'abord il tient sous sa dépendance l'hyperthermie et l'hypernutrition locales (hypertrophie d'une phalange, d'un doigt, de la main entière, abondance de la sécrétion sudorale, développement exagéré du système pileux, etc.).

La multitude des capillaires amène ensuite dans la région une quantité de sang plus considérable ; ne faut-il pas dès lors que la circulation en retour soit plus active, que par conséquent les veines se dilatent en proportion ?

En troisième lieu, ces capillaires ne sont pas seulement abondants, ils sont dilatés ; le sang y circule plus vite, il n'a

pas le temps de se désoxygéner ; il arrivera presque artériel aux veines, dont les tuniques, mieux nourries, deviendront plus épaisses par prolifération de leur couche conjonctive.

L'expérience a, en effet, démontré cette apparence artérielle due à la sclérose, des veines qui, sectionnées, ne s'affaissaient pas et laissaient écouler un sang presque rutilant. Dans l'observation de Letenneur, pendant l'amputation, on ne distinguait les veines humérales de l'artère que par le jet de sang, continu dans les premières, saccadé dans la seconde : le sang veineux différait peu du sang artériel. (*Bulletin de la Société de chirurgie 1859.*)

Les artères afférentes, à leur tour, se dilatent, s'infléchissent de proche en proche, de la tumeur cirsoïdienne vers le cœur, et cela d'autant plus que l'angiôme rameux est lui-même plus volumineux et plus ancien. Diverses explications ont été données de ce phénomène. Broca admet que la présence de l'anévrysme produit une diminution de la tension intra-vasculaire : les parois artérielles mal nourries s'atrophieraient et se laisseraient dilater *(Traité des tumeurs)*. Pour M. Desprès (*Société de chirurgie 1884*), toutes les artères dilatées et flexueuses font partie intégrante de l'anévrysme cirsoïde ; et leurs lésions seraient sous la dépendance d'une maladie des nerfs vaso-moteurs. Cette opinion a été combattue avec raison par la plupart des chirurgiens. M. Verneuil établit qu'il y a deux zones à distinguer : celle de la tumeur cirsoïdienne proprement dite, et celle des dilatations artérielles périphériques ; une fois la tumeur enlevée, les vaisseaux afférents reviennent sur eux-mêmes. Les amputations de bras ou d'avant-bras, en pleins vaisseaux dilatés, l'ont clairement prouvé : c'est donc un fait acquis. «Il semble se faire dans »ces cas, dit Virchow, les mêmes évolutions que dans l'état »puerpéral du côté des artères utérines considérablement

»dilatées pendant la grossesse.» (Pathologie des tumeurs, (t. IV, p. 178.)

C'est là, en effet, ce qui se passe non seulement dans les vaisseaux de l'utérus gravide, mais aussi dans les vaisseaux qui se rendent à une tumeur quelconque : que la tumeur soit enlevée, que l'utérus se débarrasse de son contenu, le système vasculaire dans les deux cas revient à ses dimensions premières.

De même l'anévrysme cirsoïde exigeant un apport de sang plus considérable, les vaisseaux afférents se dilatent. Cette dilatation serait donc purement fonctionnelle, du moins pendant un temps assez long.

Que des lésions anatomiques se produisent plus tard, nous n'y contredirons pas, surtout lorsque la tumeur, très volumineuse, très ancienne ou croissant rapidement, retentit d'une façon énergique sur tout le système circulatoire, y compris le cœur.

Mais comment se fait ce développement progressif de l'anévrysme cirsoïde? C'est, nous le pensons, par les points d'accroissement trouvés sur le trajet des capillaires. Ceux-ci se multiplient et se dilatent : c'est là, en quelque sorte, le noyau de la tumeur; puis, de proche en proche, les petits vaisseaux (artères et veines) immédiatement voisins s'élargissent, s'infléchissent et s'agrègent ainsi peu à peu à ce noyau central et primitif. Il faudrait pouvoir suivre la marche des lésions qui viennent altérer alors la structure des artérioles terminales et des capillaires. Les parois artérielles vont-elles toujours s'épaississant ou au contraire y a-t-il un moment où elles s'atrophient et s'amincissent, où la tunique musculaire subit une régression graisseuse? Quant aux capillaires, finissent-ils, en se dilatant toujours, par établir de véritables anastomoses entre les artères et les veines? Il est très possible que

les lésions varient avec l'âge des tumeurs cirsoïdiennes, ce qui expliquerait les divergences qui existent entre les observateurs sur ce sujet. Ce sont là, en effet, des questions encore non résolues et que pourront seuls éclaircir des examens micrographiques pratiqués à diverses périodes de l'évolution des angiômes rameux.

Mais quelle obscurité plus grande encore règne sur le mode de développement initial des anévrysmes cirsoïdes! On signale, en général, comme causes déterminantes, une contusion accidentelle ou répétée, une blessure par instrument piquant ou tranchant, un nœvus vasculaire. Comment ces causes agissent-elles pour mettre en jeu le processus qui produira la tumeur cirsoïdienne? Plusieurs hypothèses ont été émises.

Heine pense que la présence du nœvus augmente la pression du sang dans les artères dont les fibres musculaires s'atrophient: d'où la dilatation du vaisseau. Broca dit que la présence du nœvus diminue au contraire la pression sanguine: les artères fonctionnent moins, et leurs parois s'atrophient. D'après Polaillon, «il suffit que les vaisseaux capillaires de la tumeur érectile s'élargissent de manière à établir une communication directe entre les artères et les veines pour que la tumeur cirsoïde soit formée.» (Diction. de Dechambre, art. *Doigt.*) Nous avons vu que, dans notre cas du moins, il n'y a pas, au début, de communication artério-veineuse directe dans l'anévrysme cirsoïde.

Quelques auteurs mentionnent que le traumatisme unique ou répété produirait, au point contus, de l'artérite qui permettrait aux parois vasculaires de se dilater. (Polaillon, *loc. cit.*)

Dans le cas de plaie, ou bien le tissu de cicatrice jouerait le rôle du nœvus, ou bien il se formerait dans ce tissu des communications artério-veineuses qui seraient le point de

départ de l'angiôme rameux. Virchow pense qu'il en a été ainsi dans l'observation de Krause: angiôme rameux de l'avant-bras et de la main consécutif à la morsure d'un chien. (Pathologie des tumeurs, t. IV, p. 170.)

Enfin, Desprès a émis l'hypothèse que les dilatations cirsoïdiennes pourraient tenir à une lésion des nerfs vaso-moteurs. (*Bulletin de la Soc. de chirurgie*, séance du 9 avril 1884.)

Il est impossible, en somme, dans l'état actuel de nos connaissances, d'expliquer la pathogénie des anévrysmes cirsoïdes. Constatons seulement que, chez notre malade, il y avait à la fois inflammation chronique des artérioles terminales et prolifération des capillaires. Ces lésions ont-elles été primitives et directement produites par le traumatisme, si toutefois le traumatisme a joué quelque rôle? Ont-elles été la conséquence de troubles vaso-moteurs? Y avait-il enfin dans l'économie un état général, dans les vaisseaux un état particulier préexistant, que l'on puisse regarder comme cause prédisposante? C'est ce que nous ne saurions décider.

CHAPITRE IV.

Traitement.

Le résultat définitif du mode d'intervention employé dans le cas dont nous avons relaté l'histoire a été la guérison par amputation. Nous avons maintenant : 1° à apprécier la valeur du procédé mis en pratique ; 2° à analyser les causes qui ont forcé le chirurgien à recourir à l'amputation du médius.

En premier lieu, on n'avait à choisir qu'entre la coagulation du sang dans les vaisseaux de la tumeur, ou la destruction de celle-ci. En effet, la compression directe de l'anévrysme ou des artères du membre supérieur a toujours été très douloureuse, rapidement insupportable pour la malade, et continuellement inefficace, ainsi que le prouvent les sept essais qu'a relevés Polaillon (Communication à la Société de chirurgie, 30 avril 1884. *Bulletin*). La ligature de l'artère du bras ou des deux artères de l'avant-bras n'a jamais guéri a elle seule, une tumeur cirsoïde, de l'avis de tous les chirurgiens.

La coagulation du sang dans les anévrysmes cirsoïdes de la main a été essayée par les injections soit de liqueur de perchlorure de fer mitigée, soit de liqueur de Piazza.

Voici quels sont, d'après le relevé de Polaillon (*loc. cit.*), les cas où cette méthode a été employée et les résultats obtenus :

Velpeau. — Tumeur entre le troisième et le quatrième métacarpien droit ; cinq injections de perchlorure de fer dans l'espace d'un mois environ ; il se forme des noyaux durs, les battements diminuent, mais persistent quand la malade est revue plus tard.

A. Guérin et Trélat. — Tumeur à l'index droit et à la paume. Maisonneuve injecte une première fois du perchlorure de fer sans résultat. A. Guérin fait à deux reprises une injection de perchlorure de fer : il se produit une eschare et une hémorrhagie. Ligature de l'humérale : l'hémorrhagie persiste et on désarticule la main.

Demarquay. — Tumeur du médius gauche ; plusieurs injections de perchlorure après ligature de la radiale et de la cubitale ; plusieurs abcès en sont la conséquence ainsi qu'une abondante hémorrhagie. La guérison complète est obtenue.

Gozzoli. — Tumeur à la base de l'index. Trois injections de perchlorure de fer. Amélioration. De légers battements persistent.

Polaillon 1879.— Tumeur du premier espace interosseux droit. Injection de perchlorure de fer. Cessation des battements : le malade n'est pas revu.

Berger. — Tumeur de l'index droit, de l'éminence thénar et de la racine du médius. Double injection de huit gouttes de perchlorure de fer à 15°. Treize jours après deux injections, l'une de 20, l'autre de 10 gouttes : production de deux eschares qui, en se détachant, laissent une plaie atone qui se cicatrise lentement. La guérison est obtenue et se maintient.

Polaillon. 1884. — Tumeur de l'index et de la paume. Injection de perchlorure. Affaissement momentané. L'anévrysme est reproduit dix ans après, avec augmentation de volume.

Dans ces sept cas, nous relevons deux guérisons complètes et définitives : ce sont les cas de Demarquay et de Berger. Or, que s'est-il produit? Plusieurs abcès dans le premier cas, l'élimination de deux eschares dans le second; c'est-à-dire que les injections de perchlorure de fer ont été non seulement coagulantes, mais aussi et surtout caustiques. Ce n'est plus l'oblitération des vaisseaux de la masse morbide qui a amené la guérison, mais bien la destruction réelle de la tumeur. Une fois (Polaillon 1879) les battements ont complètement disparu dans la tumeur, mais le malade a quitté l'hôpital et n'a plus été revu. Dans les observations de Velpeau, Gozzoli et Polaillon (1884), on n'a obtenu qu'une amé-

lioration : les battements persistent autour des nodules formés par l'injection coagulante, et même chez le malade de Polaillon, revu dix ans après, on retrouve un anévrysme cirsoïde à la même place et plus volumineux que l'ancien. Enfin, Trélat désarticule la main après l'insuccès complet des injections de perchlorure.

On peut conclure, il nous semble, que si les injections coagulantes constituent un procédé simple, jamais à elles seules elles n'ont amené une guérison complète, et qu'elles peuvent être même la cause d'accidents plus ou moins sérieux, malgré les précautions dont on entoure leur emploi. Aussi ne partageons-nous pas l'avis de Polaillon, lorsqu'il dit que ce procédé est si exempt de dangers, qu'on peut y revenir jusqu'à la cessation des battements et du souffle. Nous pensons que les injections coagulantes sont un traitement utile, mais simplement palliatif, à essayer, avec prudence, dans les cas seulement où la tumeur cirsoïdienne ne peut être justiciable de l'ablation, et avant de recourir à la ressource dernière, l'amputation.

Nous venons d'indiquer implicitement que le véritable traitement curatif des anévrysmes cirsoïdes de la main consiste dans la suppression de la tumeur ; mais on ne peut traiter ainsi que les tumeurs de petit volume et bien limitées.

Or, ce cas se présente rarement : les malades ne viennent en général, consulter un chirurgien, que lorque la lésion déjà ancienne cause de la douleur et des troubles fonctionnels sérieux. C'est ce qui explique que sur les 26 observations publiées, il n'y ait que celle de Lloyd où la tumeur, de la grosseur d'une cerise, fut disséquée, enlevée facilement et avec succès.

L'emploi des caustiques chimiques, chlorure de zinc, par

exemple, doit être rejeté comme moyen de destruction, parce que leur action est difficile à limiter ; trop peu étendue, la cautérisation n'atteindra pas toute la tumeur, et, à la chute des eschares, exposera aux hémorrhagies; trop profonde, elle produira des délabrements graves à la région où l'on opère la main et les doigts.

L'anse et le couteau galvanique n'ont pas été employés.

Velpeau a usé de la ligature sur des épingles chez le malade à qui Nélaton lia la collatérale pour une tumeur de l'index droit (septième observation du relevé de Polaillon *loc. cit.*) A la chute des épingles, il se produisit des hémorrhagies abondantes.

C'est en somme, avec le bistouri, que le chirurgien aura le plus de précision et de chances de succès pour enlever les anévrysmes cirsoïdes de la main peu volumineux et nettement délimités. Tels étaient, d'après les signes observés, les caractères de la tumeur que nous avons vu opérer par notre Maître M. le Dr Pamard ; tels furent aussi les motifs qui firent choisir parmi les méthodes de traitement, celle de l'ablation au bistouri. Quelles sont donc les causes qui ont compromis le succès de l'ablation ?

A. En premier lieu, l'opération a été rendue très laborieuse par l'hémorrhagie et par l'adhérence des portions périphériques de la tumeur dont quelques points sont peut-être restés dans la plaie. Nous trouvons dans la thèse de Gozzoli un procédé employé par Tillaux qui, un peu modifié, pourrait rendre des services pour faciliter l'ablation. Tillaux, avant de faire les injections de perchlorure de fer, appliqua à la partie moyenne du bras un tube d'Esmarch sans avoir préalablement refoulé le sang vers la racine du membre par la bande en caoutchouc : il avait un double but :

1° Arrêter le cours du sang; 2° favoriser la formation du caillot par la stase sanguine. Dans un cas semblable au nôtre, on pourrait se servir d'un artifice analogue mais dans un but différent. Voici comment on procéderait: 1° tenir pendant quelques secondes la main dans la position déclive, et appliquer dans cette position, sur le bras simplement, le tube d'Esmarch. La masse morbide serait ainsi tendue, bien apparente, parce qu'elle ne pourrait se vider du sang qui s'y serait accumulé; 2° faire ensuite soit une incision simple, soit un petit lambeau: si la tumeur n'est nulle part adhérente, la disséquer lentement sur tout son pourtour, en ayant soin de ne pas l'entamer avec le bistouri; chaque fois qu'on rencontrera un vaisseau, le couper entre deux ligatures; si l'anévrysme cirsoïde est adhérent, le circonscrire par une incision elliptique, comme on ferait d'une tumeur cancéreuse.

Lawrence fit une opération analogue dans l'observation de Wardrop pour une tumeur de l'annulaire droit. La radiale et la cubitale avaient été inutilement liées par Hogdson; Lawrence entoura la tumeur d'une incision circulaire jusqu'aux tendons et lia les deux bouts des vaisseaux afférents; la malade guérit. (Observ. rapportée par Polaillon. *Bull. de la Soc. de Chir.*, 1884.)

B. En second lieu, les suites de l'opération ont été marquées par deux complications graves: 1° le sphacèle des lèvres de la plaie, l'arthrite suppurée de la deuxième articulation du doigt et les collections purulentes du dos et de la paume de la main; 2° la reproduction de la tumeur cirsoïdienne avec des hémorrhagies répétées.

La suppuration aurait dû être empêchée par l'antisepsie qu'on a toujours pratiquée minutieuse et sévère; de fait, elle s'est produite sous une autre influence, la faible vitalité des tissus. En effet, malgré la circulation active qui se fait au

niveau des anévrysmes cirsoïdes, tous les auteurs indiquent que la nutrition s'y fait mal: d'où le sphacèle spontané de la peau qui se produit quelquefois et les hémorrhagies rebelles. Nous tirerons de ce fait, une conséquence, c'est qu'après l'ablation d'un angiôme rameux, il vaut mieux ne pas chercher la réunion par première intention. Les tissus ont trop peu de vitalité pour se cicatriser immédiatement, et la suture qui les met en rapport les étrangle toujours à un certain degré et ne peut avoir d'autre résultat que de faciliter leur mortification.

Quant à la récidive de la tumeur, on a vu, d'après l'observation, qu'elle a été rapide; elle a donné lieu à des hémorrhagies graves et répétées. Affaissée momentanément par la ligature des deux artères de l'avant-bras, la nouvelle tumeur a repris quelques jours après son accroissement progressif; les hémorrhagies se sont renouvelées, et, par l'amputation du médius, on a dû supprimer la lésion locale qui commençait à mettre la vie de la malade sérieusement en péril. Comment expliquer cette récidive immédiate? L'analyse microscopique a démontré la présence de noyaux d'accroissement sur les capillaires de la tumeur. Ne peut-on supposer, avec quelque vraisemblance, que quelques-uns de ces capillaires n'ont pas été enlevés, et que le traumatisme opératoire a donné une impulsion énergique à leur prolifération? Seulement, le milieu anatomique n'étant plus le même qu'avant l'intervention chirurgicale, le processus a été modifié, ainsi que le démontre la structure de la deuxième tumeur. Les vaisseaux de nouvelle formation ont perdu leurs caractères de capillaires et se sont rapidement dilatés. Une inflammation intense a produit autour d'eux cette grande quantité de tissu conjonctif fibreux. Les pansements irritants, acide phénique, sous-nitrate de bismuth, les applications de pointes de feu ont achevé de faire de la

nouvelle masse morbide, une tumeur se rapprochant un peu du tissu spongieux, mais sans caractère histologique déterminé.

Dès lors, la conclusion pratique à déduire apparaît claire et indiscutable; il faut que l'ablation soit complète. Hogdson conseille l'extirpation de la tumeur en empiétant sur les parties saines, ce qui permet de ne diviser que les principaux troncs qui alimentent la production vasculaire (Traité des maladies des artères et des veines, cité par Terrier dans sa thèse d'agrégation). Ce procédé, nous l'avons vu, permettra d'avoir moins d'hémorrhagie, lorsque la tumeur est adhérente : il sera de rigueur pour faire une extirpation complète. Pour ce motif, nous serions d'avis d'employer l'incision circonscrivant la tumeur dans tous les cas d'anévrysmes circoïdes petits et limités, adhérents ou non adhérents. Il sera très important de dépasser les limites de la tumeur cirsoïdienne, aussi bien dans l'incision cutanée qui l'entourera que dans la dissection qui l'isolera des parties profondes. Il en résultera une plaie que l'on pansera à plat, et dont on pourra surveiller attentivement la cicatrisation secondaire.

Une bonne précaution à prendre serait peut-être de lier à une certaine distance les deux bouts des artères immédiatement en rapport avec la tumeur et de réséquer la portion intermédiaire. Sait-on si la collatérale externe du médius, qui n'a pas été liée chez notre malade, n'a pas contribué à la reproduction de l'anévrysme ? Desprès admet que l'anévrysme cirsoïde finit là où se terminent les dilatations serpentines des artères, et il a réséqué une certaine étendue de ces artères, à une grande distance de la tumeur, pour enlever les vaso-moteurs malades. Cette opinion, combattue à la Société de Chirurgie (30 avril 1884), est contredite par l'observation des faits. Mais la portion des artères afférentes qui se met en rapport direct avec la tumeur, peut très bien, si elle

n'est pas elle-même envahie par le processus morbide, fournir un afflux sanguin favorable à une récidive ou à la production d'hémorrhagies ; pour ce double motif, ces vaisseaux nous semblent devoir être compris aussi dans l'ablation.

En résumé, dans le traitement des anévrysmes cirsoïdes de la main, petits, bien limités, on ferait l'ablation au bistouri, l'extirpation absolument complète comprenant les artères afférentes immédiatement voisines, sans rechercher la réunion par première intention.

Lorsque l'anévrysme cirsoïde est diffus, envahit une grande partie de la main, la main entière et même l'avant-bras, la difficulté et les dangers de la thérapeutique croissent en proportion. Dans le cas de Guillon (quatrième observation du relevé de Polaillon, *loc. cit.*), la maladie fut considérée comme incurable, tant les vaisseaux de l'avant-bras étaient dilatés. Aujourd'hui, avec les moyens d'hémostase dont on dispose, on pourrait essayer l'amputation de l'avant-bras, du bras, ou peut-être la désarticulation de l'épaule. Letenneur a eu un succès en amputant le bras d'un malade dont la main et l'avant-bras avaient doublé de volume par suite de la dilatation des vaisseaux.

L'intervention est justifiée dans ces cas par les douleurs violentes qu'éprouvent les malades, l'imminence d'hémorrhagies très sérieuses, et la participation prochaine des gros troncs et du cœur à la dilatation des vaisseaux du bras.

Mais on peut avoir à traiter des formes intermédiaires qui ne sont plus justiciables de l'ablation sans être encore assez graves pour que le chirurgien ait le droit de recourir d'emblée à une mutilation. Une discussion a eu lieu sur ce sujet à la Société de Chirurgie (20 juin 1877) à propos d'un malade présenté par M. Tillaux. Duplay conseilla l'expectation, Trélat la compression élastique, Th. Anger les injections coagulantes.

Avant d'en arriver à l'amputation, nous serions d'avis de recourir à ce dernier procédé, mais à la double condition de suivre exactement les règles établies par le professeur Gosselin, et de se tenir prêt à agir en cas d'hémorrhagie. On ferait des injections de perchlorure de fer mitigé ou de liqueur de Piazza dans diverses régions de la tumeur, que l'on isolerait avec soin au moyen d'un anneau, comme fit Tillaux dans le cas de Gozzoli, et en s'aidant de la compression des vaisseaux du bras avec le tube d'Esmarch. On pourrait tenter l'emploi de l'électropuncture dans le même but et avec les mêmes précautions. M. Bœck, de Christiania, traite les angiômes par les injections interstitielles d'hydrate de chloral (solution à 10 p. 100) et obtient, paraît-il, la coagulation du sang et la diminution de la tumeur (*Semaine Médicale* 1885, p. 98). La marche envahissante de l'anévrysme cirsoïde sera peut-être enrayée, si l'on parvient à en soustraire ainsi quelques portions à l'accès du sang. Il serait bon d'user en même temps des moyens indiqués par Larrey, à la Société de chirurgie (1877): la compression digitale de l'artère humérale, les applications de glace sur la tumeur et la position élevée de la main.

La ligature des artères de l'avant-bras ou du bras est une mauvaise opération, qui ne doit être faite qu'en cas d'absolue nécessité. Elle n'arrête que momentanément les hémorrhagies, n'a aucune action sur la diminution de la tumeur, et expose à la gangrène de régions plus ou moins étendues de la main.

CHAPITRE V.

CONCLUSIONS.

1° Les anévrysmes cirsoïdes de la main sont caractérisés anatomiquement par des lésions qui intéressent les artérioles et le réseau capillaire d'un département artériel déterminé.

2° La tunique externe et l'endothélium des artérioles sont hypertrophiés : la couche musculaire est intacte. Cette hypertrophie est irrégulière pour la tunique adventice : là où elle fait défaut, le vaisseau est le siège d'une dilatation fusiforme. Les capillaires sont, pour la plupart, dilatés ; certains d'entre eux, très déliés, présentent des points d'accroissement. Ils sont disposés en un riche réseau assez régulier dont les mailles contiennent de grosses cellules adipeuses.

3° Il n'y a pas d'anastomose directe entre le système artériel et le système veineux ; mais ces deux systèmes communiquent facilement, quoique d'une façon médiate, grâce à l'abondance des capillaires dilatés qui vont de l'un à l'autre système.

4° La pathogénie du début des anévrysmes cirsoïdes est inconnue. Le développement progressif de la tumeur paraît

se faire spécialement par les points d'accroissement des capillaires: ceux-ci constitueraient le noyau primitif.

5° L'extirpation au bistouri est la méthode de choix pour traiter les anévrysmes cirsoïdes de la main peu volumineux et bien limités. Il faut se mettre autant que possible à l'abri de l'hémorrhagie et enlever exactement toute la masse morbide. On pourra remplir ces deux conditions en appliquant le tube d'Esmarch sur le bras laissé quelques instants dans la position déclive, et en circonscrivant la tumeur par une incision qui dépassera un peu ses limites.

6° On ne recherchera pas la réunion par première intention.

7° Les injections coagulantes, employées avec une prudence extrême suivant les règles établies par Gosselin, pourront être un traitement palliatif d'une certaine utilité dans les anévrysmes cirsoïdes inopérables par ablation.

8° Lorsque la tumeur cirsoïdienne est diffuse et s'accompagne de dilatations vasculaires considérables et étendues, le chirurgien peut et doit essayer l'amputation du bras, à quelque hauteur qu'il soit obligé de la pratiquer.

FIN.

Vu et permis d'imprimer:
Montpellier, le 16 juillet 1886.
P. le Recteur de l'Académie.
Le Doyen de la Faculté de Droit délégué,
VIGIÉ.

Vu et approuvé:
Montpellier, le 16 juillet 1886.
Le Doyen,
A. CASTAN.

SERMENT.

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !